

ORIGINALES



Las actividades comunitarias en atención primaria en España. Un análisis a partir de la Red del Programa de Actividades Comunitarias (PACAP)

E. Aguiló Pastrana^a, M. López Martín^b, D. Siles Román^c y L.A. López Fernández^d

Objetivo. Describir, analizar y discutir las actividades de la Red de Actividades Comunitarias del Programa de Actividades Comunitarias en Atención Primaria de la Sociedad Española de Medicina de Familia y Comunitaria.

Diseño. Descripción de las actividades incorporadas a la citada Red.

Emplazamiento. Red de Actividades Comunitarias de la Sociedad Española de Medicina de Familia y Comunitaria.

Mediciones principales. Especificación de las variables geográfica, población diana y descriptores de la experiencia obtenidos del análisis cualitativo del texto del «resumen de la actividad» redactado por sus autores. Las medidas son tablas de frecuencia expresadas en gráficos y análisis de los resúmenes aportados por los grupos respecto de objetivos, tipos de programa, metodologías, evaluación y conclusiones obtenidas. Las actividades de orientación comunitaria realizadas por los centros de salud que se han adscrito a la Red proceden en su mayoría (54%) de la Comunidad Autónoma de Madrid y de Andalucía y un porcentaje elevado de las mismas se dirigen a población adulta, abordando la problemática de las enfermedades crónicas, y específicamente a mujeres, abordando en este caso temáticas «de género» tales como menopausia, embarazo, etc.

Conclusiones. Se aprecia una distribución desigual entre comunidades autónomas de las experiencias incorporadas a la Red. Parecen reflexiones centrales, en relación con la orientación comunitaria, las respuestas a cuestiones como: ¿dentro o fuera del centro de salud?, la importancia de la cesión del protagonismo a la sociedad y la adaptación a las necesidades y demandas de la población atendida.

Palabras clave: Participación comunitaria. Redes. Atención primaria.

COMMUNITY ACTIVITIES
IN PRIMARY CARE IN SPAIN.
AN ANALYSIS BASED ON THE
NETWORK OF THE PROGRAMME
OF COMMUNITY ACTIVITIES

Objective. To describe, analyse and discuss the activities in the Network of Community Activities of the Programme of Community Activities in Primary Care of the Spanish Society of Family and Community Medicine.

Design. Description of the activities within this Network.

Setting. Network of Community Activities of the Spanish Society of Family and Community Medicine.

Main measurements. Specifications of the variables of geography, target population and experience descriptives were obtained from the qualitative analysis of the «activity summary» composed by its authors. The measurements are frequency tables expressed in graphs and analysis of the summaries contributed by the groups on objectives, kinds of programme, methodologies, evaluation and conclusions reached. The community orientation activities undertaken by the health centres registered on the Network came mostly (54%) from the autonomous communities of Madrid and Andalusia. A great many of them were aimed at the adult population, tackling problems of chronic diseases, and particularly at women, in this case tackling «gender» themes such as menopause and pregnancy, etc.

Conclusions. There was uneven distribution between autonomous communities of the experiences included on the web. Central to community orientation are the replies to questions such as: inside or out of the health centre?, the importance of transferring leadership to society, and adaptation to the needs and demands of the population cared for.

Key words: Community participation. Networks. Primary care.

^aMédica de Familia. Centro de Salud Párroco Julio Morate. Madrid.

^bEnfermera. Centro de Salud Mendiguchía Carriche. Leganés (Madrid).

^cPsicóloga. Gestora Técnica del PACAP.

^dMédico de Familia. Docente de la Escuela Andaluza de Salud Pública. Granada.

Correspondencia:
Dolores Siles Román.
PACAP. C/ Arriola, 4 bajo, D.
18001 Granada.
Correo electrónico:
pacap@samfyc.es

Manuscrito aceptado para su publicación el 2-VII-2001.

Introducción

Las actividades de orientación comunitaria forman parte de las tareas de los equipos de atención primaria de salud (EAPS) en su conjunto y de las del médico de familia en particular. Así se recoge tanto en las definiciones del perfil profesional en España¹ como en el ámbito internacional². Aunque las conferencias internacionales avalan el reforzamiento de la acción comunitaria^{3,4}, el desarrollo de actitudes personales y la reorientación de los servicios sanitarios como estrategias de promoción de salud, existe una gran diversidad de opiniones respecto a la naturaleza de la orientación comunitaria y un escaso estímulo para su incorporación al ejercicio profesional cotidiano^{8,10}. Todo ello condicionó la puesta en marcha en 1996 por parte de la Sociedad Española de Medicina de Familia y Comunitaria (semFYC) del Programa de Actividades Comunitarias en Atención Primaria (PACAP), para promover el desarrollo y la difusión de actividades comunitarias de calidad, e incorporarlas al ejercicio profesional en atención primaria⁶. Este programa realiza diversas acciones⁷ y una de ellas es la creación de una Red de Actividades Comunitarias⁵. A esta Red se van incorporando diversas experiencias de orientación comunitaria y tiene diversos objetivos^{5,6}, en especial el de facilitar contactos entre grupos y ayudar a hacer más «visible» la realidad de la orientación comunitaria en España. En este artículo nos interesa centrarnos especialmente en ella y describir las actividades incorporadas a la red de actividades comunitarias (RAC) de la semFYC, en relación con las variables recogidas en el formulario de inscripción y en el resumen de la actividad. Entendemos por actividades comunitarias (AC)⁶ «... todas aquellas de intervención y participación que se realizan con grupos que presentan características, necesidades o intereses comunes y dirigidas a promover la salud, la calidad de vida y el bienestar social, potenciando la capacidad de las personas y grupos para el abordaje de sus propios problemas, demandas o necesidades». A la hora de llevar el trabajo comunitario a la práctica no siempre encuadramos las actividades en un marco teórico que facilite su desarrollo. Muchas veces no están explícitos los *enfoques conceptuales* que enmarcan nuestras actividades y posiblemente no siempre hay una reflexión previa sobre estas cuestiones^{9,11,12}. Por ejemplo, no es lo mismo partir de un modelo sanitarista, centrado en la prevención de la enfermedad y que da al profesional sanitario el papel y el lugar de experto, que partir de modelos que pretenden la toma de conciencia y aumentar el protagonismo personal o social de la población, o de enfoques centrados en la vida cotidiana. Y esto es importante ya que enmarca nuestras actividades y nuestro tipo de práctica comunitaria. También las *dificultades metodológicas* han supuesto trabas al desarrollo del trabajo

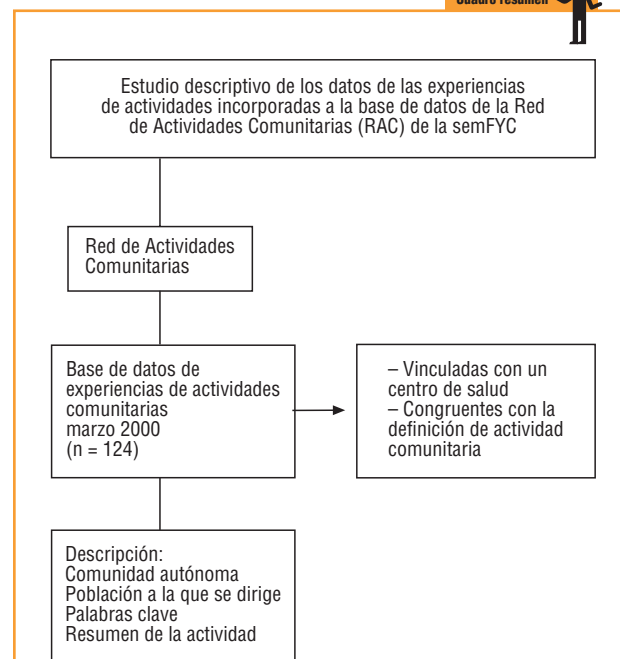
comunitario en atención primaria (AP) y se ha ido produciendo un cierto desprestigio de lo comunitario. El objetivo de este trabajo es analizar la información disponible en función de datos de la RAC a partir de las experiencias remitidas por los centros de salud participantes. Se realiza una descripción de la información y se sugieren algunas tentativas de carácter más interpretativo.

Material y métodos

El material estudiado es la base de datos de la RAC de la semFYC. Sólo las experiencias incorporadas a esta base son objeto de estudio, análisis y valoración. Esta base de datos es un Access® de Microsoft Office. Se incorporan las experiencias de AC, que son remitidas a la secretaría del PACAP por propia iniciativa o a demanda. Para su inclusión las experiencias tienen que estar vinculadas con un centro de salud, mantenerse en activo y ser congruentes con la definición de AC. La unidad de análisis es la AC, y un mismo centro de salud puede incluir en la RAC varias actividades.

El presente trabajo no pretende, por tanto, ser la representación de ningún universo de actividades, ni explorar en su conjunto las AC de los EAP, ni mucho menos otro tipo de actividades realizadas desde otros sectores sociales, ya que éstas no forman parte de la RAC.

Material y métodos Cuadro resumen



Esquema general del estudio

Estudio descriptivo de los datos de las experiencias de actividades comunitarias incorporadas a la base de datos de la Red de Actividades Comunitarias (RAC) de la semFYC

Las variables estudiadas se presentan en la tabla 1. Respecto a las tres primeras (comunidad autónoma, población a la que se dirige la actividad y palabras clave), se realiza un análisis cuantitativo, correspondiente al total de actividades comunitarias inscritas a fecha marzo de 2000, y se muestra en tablas de frecuencias, según se especifica en cada apartado de los resultados o en los gráficos correspondientes. Se aborda también el análisis de una variable textual denominada «Resumen de la actividad». Este último campo recoge descripciones no estructuradas de un máximo de 500 palabras sobre la actividad comunitaria de que se trate, redactadas de forma libre por sus autores, con una guía de aspectos clave; este material (disponible en los números 1 y 2 de *Comunidad* y en la página web de semFYC) es muy rico en información y se ha analizado de forma cualitativa mediante una guía de análisis elaborada al efecto^{16,17} y que se muestra en la tabla 1.

El estudio sólo utiliza datos cedidos por sus remitentes para su publicación. Se adapta a las normativas éticas legales y a las tradiciones profesionales de la medicina de familia.

Resultados

En marzo de 2000 formaban parte de la RAC de la semFYC un total de 124 actividades procedentes de 72 centros de salud de todo el Estado español.

Como se puede observar en la figura 1, 2 comunidades autónomas, Madrid y Andalucía, presentan el porcentaje más alto de actividades incorporadas a la Red, un 35 y un 24%, respectivamente. Le siguen el País Valenciano (12%), Cataluña (7%), Castilla y León (%) y Cantabria (4%). Otras 7 comunidades presentan porcentajes del 1-2%.

En la figura 2 se puede observar la distribución de actividades según el grupo de población al que se dirigen. Como vemos, son los adultos y las mujeres los grupos principales beneficiarios de actividades de tipo grupal y comunitario. Conviene puntualizar que en cualquier caso lo son las mujeres, ya que el grupo de población adultos también las engloba a ellas (bajo el epígrafe «mujeres» sólo se incluyen las actividades que van específicamente dirigidas a ellas). Entre las actividades dirigidas a población adulta (28%) destacan las referentes al trabajo con enfermos crónicos (especialmente diabéticos), las que prestan atención a las personas cuidadoras y las que abordan la problemática de las drogodependencias. Entre los programas dirigidos específicamente a mujeres (21%) se encuentran aquellos que abordan la etapa del climaterio y la psicoprofilaxis obstétrica.

Como ejemplos de actividades dirigidas a toda la población (22%), cabe citar aquellas que se plantean entre sus objetivos la creación de consejos de salud o las que se organizan en torno a fiestas y jornadas de salud. En las actividades dirigidas a la población infantil y escolar, que suponen un 6% del total, predominan las que pretenden la prevención de drogodependencias y las que abordan la salud bucodental. Los programas dirigidos a adolescentes y jóvenes (9%) abordan fundamentalmente la sexualidad y la prevención de ETS y sida y se llevan a cabo en su mayoría dentro de la comunidad educativa. Los programas dirigidos a personas mayores (9%) tienden a fomentar los gru-

TABLA 1

TABLA 1. Variables estudiadas

Comunidad autónoma de realización de la acción
Población diana receptora del programa
Palabras clave o descriptores, un máximo de 3 por actividad y adaptándose en lo posible a la nomenclatura del Index Medicus (Medline)
Análisis cualitativo del campo «Resumen de la actividad comunitaria», utilizando la siguiente «guía de análisis de actividades»:
Tipo de programa
Objetivos
Profesionales
Metodología
Sistema de evaluación
Algún nivel de conclusiones
Ejes para la reflexión
«Dentro/fuera» del centro de salud
Articulación demanda y necesidad
Protagonismo de la población

pos de autoayuda con el objetivo de aprovechar los recursos de la comunidad y proporcionar un lugar real al anciano en ella.

Respecto a la información obtenida de los resúmenes, por las propias características de la información y el método de análisis, no se proporcionan resultados estadísticos, sino más bien tendencias y líneas más o menos mayoritarias respecto de los diferentes aspectos, que se analizan cualitativamente y se describen a continuación.

Tipo de programas

En general, se ofertan programas cerrados, diseñados y planificados por los profesionales, que responden a necesidades detectadas por éstos desde las consultas, o en otros casos como resultado del diagnóstico de salud de la zona. En otro pequeño porcentaje se recoge la participación de otros recursos comunitarios (instituciones, asociaciones, etc.).

De todos modos se aprecian diferencias en cuanto al tipo de programas según la población a la que van dirigidos, aunque los grupos no son homogéneos: en los programas que se realizan en el *medio escolar*, tanto en los dirigidos a la población infantil y adolescente como en los que se dirigen a *los profesionales* (profesores en general), se lleva a cabo una cierta apertura del centro de salud «hacia fuera», que se concreta en tareas que se realizan físicamente fuera del centro de salud, así como una toma de contacto, un comienzo de trabajo conjunto entre profesionales sanitarios y docentes en algunos casos.

La mayoría de las actividades comunitarias incluidas en la Red dirigidas a los *adultos* (enfermedades crónicas habitualmente) y también, aunque en menor medida, las diri-

gidas a *mujeres*, suelen ser por iniciativa de los profesionales sanitarios, con alto protagonismo de éstos y dentro de los centros de salud.

Respecto a las actividades comunitarias dirigidas a *ancianos*, muchas de ellas realizan una significativa apertura al barrio, movilizandorecursos de éste y favoreciendo la creación de lo que podríamos denominar red social, cediendo protagonismo a la población.

Objetivos

Predominan los objetivos relacionados con la promoción y la prevención, que en la mayoría de los casos se formulan como «favorecer los autocuidados, la autonomía y la autoestima». Parece que frecuentemente se formulan objetivos muy generales respecto al tiempo de desarrollo de los proyectos y las metodologías utilizadas. Hay un pequeño porcentaje de programas que plantean la creación o desarrollo de grupos de autoayuda y el desarrollo de tejido social como objetivo.

Metodologías

Mayoritariamente se emplean como recursos metodológicos las *charlas y conferencias con coloquio* (que suele ser utilizado como cierre) y *ejercicios prácticos* para favorecer el desarrollo de actividades concretas (uso de autoanalizadores de glucemia, técnicas de administración de insulina, ejercicios respiratorios, uso de medicación broncodilatadora, ejercicios de relajación, gimnasia, etc.). Como vemos, la mayor parte de los recursos metodológicos se centran en la esfera de conocimientos y habilidades. Sin embargo, también se utilizan otros recursos dirigidos a conocer las actitudes de los participantes, como la lluvia de ideas y la rejilla de análisis.

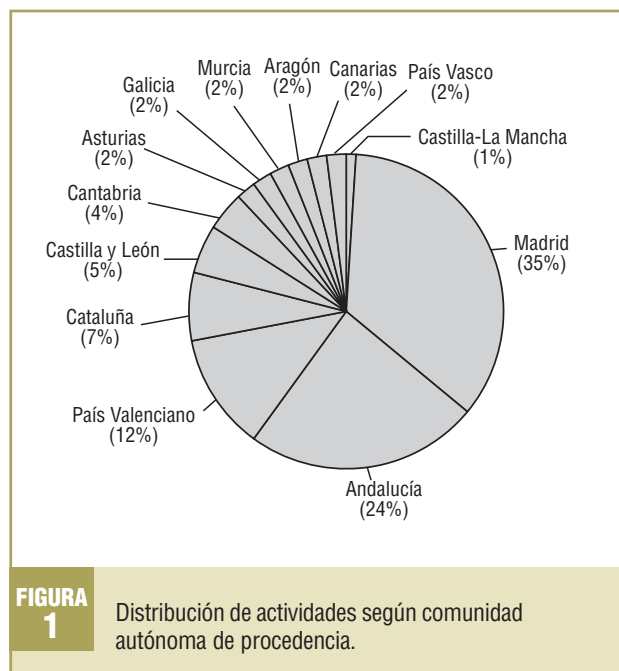
Algunas actividades explicitan un abordaje metodológico concreto. En estos casos los más referidos son la pedagogía activa, grupo operativo, grupo formativo y dinámica de grupo no especificada.

Evaluación

Predominan los sistemas de evaluación¹⁷ basados en cuestionarios pre y postintervención para la medición de conocimientos adquiridos; también se utilizan otros sistemas, como encuestas de satisfacción y diferentes escalas de valoración (de calidad de vida, de independencia, de grados de ansiedad...). En otros casos se realizan como evaluación la medición de parámetros clínicos en relación con el control de patologías crónicas.

Conclusiones

En general, la mayoría de los autores no sistematizan conclusiones en los resúmenes, probablemente porque han considerado éstas más bien de interés para el propio grupo que externo para su difusión. Cuando lo hacen, se centran en la esfera de conocimientos adquiridos por los participantes y en la satisfacción.



Discusión

Entre los factores que pueden explicar la desproporción reflejada en la figura 1, que en ningún caso es atribuible a que en estas 2 comunidades se implementen más actividades comunitarias que en el resto, el más probable es que el PACAP haya penetrado de manera más eficaz en estas comunidades, es decir «que se haya dado a conocer mejor». El trabajo de algunas personas comprometidas con el programa y la desigual designación de los responsables autonómicos por parte de las diferentes juntas directivas de la estructura federal de la semFYC pueden explicar estas diferencias territoriales.

En relación con la interesante información de los «resúmenes», dada su brevedad, no podemos valorar sólo con esta información si en general las metodologías utilizadas son acordes o no con los objetivos que se plantean (y su sistema de evaluación). Sin embargo, frecuentemente las metodologías planteadas no nos parece que permitan alcanzar los objetivos propuestos, por ser éstos muy ambiciosos o demasiado genéricos, como sucede cuando se pretenden cambios de actitudes o «asumir la enfermedad» mediante contenidos únicamente informativos, y a veces con un número mínimo de sesiones.

El planteamiento de este trabajo descriptivo sobre las actividades comunitarias de la RAC, en la medida en que puedan suponer una parte suficientemente sugestiva de las que se realizan hoy en España, permite utilizar la valiosa información de que disponemos para obtener conclusiones acerca de tendencias, probablemente mayoritarias, en la implementación de las AC en AP y que nos permita planteamientos de mejora. Partiendo de esta descripción que nos acerca a lo



Lo conocido sobre el tema

- Las actividades comunitarias (AC) forman parte del perfil profesional de los profesionales de AP, y están reconocidas por los organismos internacionales de salud como una herramienta imprescindible para el trabajo en salud.
- Sin embargo, sigue siendo escaso su desarrollo y muchos profesionales las consideran como algo utópico o ajeno a su ejercicio profesional.
- El desarrollo de las actividades comunitarias en AP ha presentado dificultades de tipo conceptual y metodológico.
- Desde 1996 el Programa de Actividades Comunitarias en Atención Primaria (PACAP) de la semFYC pretende difundir y potenciar el desarrollo de AC calidad en AP, entre otras mediante la creación y mantenimiento de una Red de Actividades Comunitarias.

Qué aporta este estudio

- Existe una distribución desigual entre comunidades autónomas de las experiencias incorporadas a la Red.
- Son puntos de reflexión para el desarrollo y reorientación de estas actividades en AP cuestiones como: ¿dentro o fuera del centro de salud?, adaptación a las necesidades y demandas de la población y el desarrollo del protagonismo.

TABLA 2
Tipos de actividades

Actividades dirigidas a población infantil y escolar
Salud bucodental, talleres, elaboración de audiovisuales
Taller de radio (prevención de drogas para niños en riesgo)
Salud alimentaria en la escuela
Actividades dirigidas a adolescentes y jóvenes
Sexi-bus
Intervención con jóvenes en riesgo social
Educación sexual y afectiva para jóvenes
Tarde joven
Sida. Conocer y prevenir
Actividades dirigidas a personas adultas
Grupos de familiares de enfermos con demencia
Educación grupal en diabetes, talleres educativos para diabéticos
Escuela para padres y madres
Autocuidados en el asma
Grupos de cuidadores de personas dependientes
Educación capacitadora con pacientes de un centro de salud
Casa de acogida para enfermos de sida
Intérpretes voluntarios
Grupo de apoyo a cuidadores de personas inmovilizadas
Grupo operativo como método de aprendizaje en pacientes diabéticos
Relajación
Educación para la salud en ancianos
Implementación actividades preventivas en población adicta a drogas por vía parenteral
Jornadas y ferias de la salud
Consejos de salud
Planes comunitarios

concreto, sobre qué y cómo se realizan las AC desde nuestros centros de salud¹³⁻¹⁵, queremos centrar unos ejes de análisis sobre aspectos que nos parecen fundamentales para la reflexión. Nos referimos a los tres últimos apartados de la guía de análisis (tabla 1), sobre los que queremos estimular la reflexión del lector, ya que se trata de cuestiones clave que apuntan a la esencia del desarrollo de la intervención comunitaria.

¿Dentro o fuera del centro de salud?

A veces parece que hay que salir del centro de salud para hacer trabajo comunitario.

¿Se reduce sólo a «salir»? ¿Es sólo una cuestión de espacio físico?

Si hablamos del lugar respectivo de los profesionales y la comunidad, ¿de cuántas maneras podríamos entender el término «salir»?

Cómo tiene que ser el juego entre el «dentro» y el «fuera», entre el centro de salud y sus profesionales, y la comunidad con sus diversas instituciones y sus ciudadanos formando

parte de una compleja red de grupos con intereses y necesidades diversos¹⁹.

¿Qué pasa dentro con lo que llegó de fuera? Cómo se recogen, si es que se recogen, las demandas, por qué canales y qué respuesta reciben.

¿Qué pasa fuera con lo que pasó por dentro? Cómo influye el centro de salud en la comunidad en que se inserta y si éste se usa como un recurso comunitario.

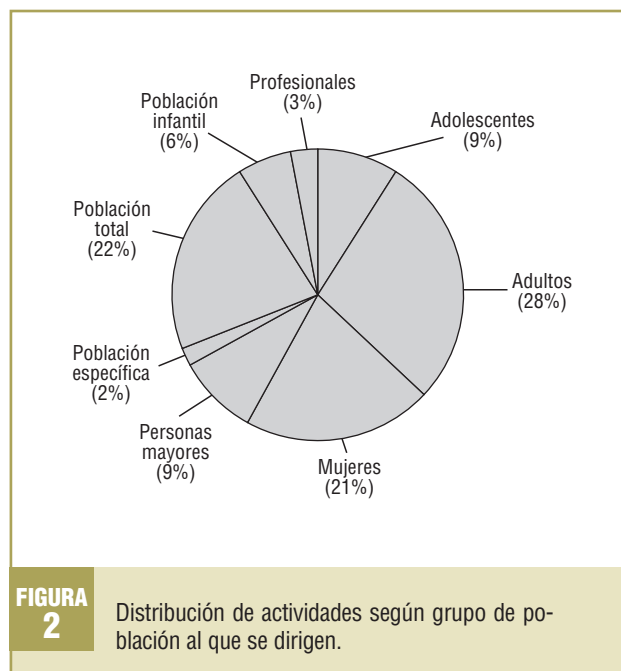
¿Qué pasa con lo que no llega?

¿En qué escenario (dentro o fuera) es más útil trabajar y trabajar qué cosa?

Estas y otras preguntas nos enfrentan a la necesidad de una seria reflexión acerca de la función que cumple un servicio de salud y cómo se inserta en una comunidad, cómo se establecen las necesidades y cómo se leen las demandas.

Necesidad y demanda

Respecto a la lectura que hacemos de necesidad y demanda y cómo se articulan ambas a la hora de plantearnos una



actividad comunitaria, nos parece importante poner la mirada en *cuál es el proceso de puesta en marcha de los programas*, de dónde deducimos las necesidades, de dónde salen los programas. Es importante analizar si las actividades comunitarias se realizan por iniciativa de los profesionales que consideran un determinado problema en la población como prioritario (como una necesidad) y susceptible de ser mejorado con la intervención, o si la iniciativa ha partido de algún sector de la población y responde a una demanda específica (de una asociación de padres, una asociación ciudadana, una escuela u otra institución...) recogida por el centro de salud.

Si hablamos de *demandas*, podemos preguntarnos si atendemos directamente las demandas tal y como se nos realizan o si es necesario «descodificarlas» para atender verdaderamente necesidades e implementar programas eficaces y realistas¹⁸.

Por otra parte, al hablar de *necesidades* es conveniente preguntarse, antes de diseñar el programa, cómo se llega a detectarlas. ¿Somos los profesionales, desde el lugar de expertos en enfermedades y su tratamiento y en el control de los factores de riesgo de la enfermedad, los que sabemos lo que los ciudadanos deben hacer para mejorar su salud y lo único que hay que pensar es cómo decirlo para ser mejor escuchados y entendidos (y nuestras recomendaciones mejor cumplidas), o bien son los ciudadanos los que saben «de lo suyo», de las necesidades que tienen, de los problemas que les parecen más importantes y su visión tiene que estar incluida forzosamente en el programa?²⁰⁻²².

¿Desde dónde se articulan las propuestas? (los programas comunitarios que nos planteamos): ¿obedecen a necesidades

o intereses de los profesionales, a demandas de la población sin descodificar, a necesidades reales de la población, a demandas de la institución asumidas sin conectarlas con la situación concreta de necesidad y demanda, o hay mezcla de varios de éstos?

Respecto a todo esto, se nos plantean algunas cuestiones que nos preocupan en relación a cómo trabajar. Porque ciertamente tenemos dificultades que a veces nos acarrearán fatiga profesional, menor eficacia en las intervenciones, descrédito de las propuestas y finalmente desprestigio de la orientación comunitaria^{8,10,13,14}. Y esto nos preocupa porque el desprestigio de lo comunitario es la base de que las actividades comunitarias sean percibidas por muchos profesionales como algo minoritario, acientífico, voluntarista y alejado del ejercicio profesional y conectado más bien con opciones personales «ideológicas» de los profesionales.

Desarrollo del protagonismo

Y también nos preocupa hasta qué punto somos consecuentes en cubrir el objetivo, que tantas veces hemos plasmado «en los papeles», del desarrollo del protagonismo de la población como una condición ineludible si se pretende trabajar para la mejora de la salud.

Sin embargo, el hecho del protagonismo, tema nada fácil, implica la movilización, el cambio de «lugar» del profesional, de la población^{2,3,23,24}, lo que a su vez implica cambios en las metodologías.

Y entonces, cuando miramos nuestro trabajo comunitario, nos preguntamos: en la materialización de un cambio de lugar profesional y de la operativización con metodologías que promuevan y faciliten la toma de conciencia de la población, ¿estamos en ese camino?, ¿cuánto hemos avanzado?, ¿hasta dónde vamos divorciados en la práctica de lo que mantenemos como concepción teórica? Esto nos parece importante proponerlo para la reflexión, porque si la concepción «la tenemos clara», pero en la práctica no la operativizamos (con cambios en el lugar profesional y en las metodologías que la hagan posible), nos lleva a una encrucijada difícil de resolver, y en muchas ocasiones terminamos por quemarnos y la desilusión o la frustración llevan al desprestigio de la faceta comunitaria del trabajo en atención primaria.

Todo ello plantea retos apasionantes para ir profesionalizando y sistematizando cada vez más las experiencias, para que vayamos dando el perfil adecuado a las actividades comunitarias en atención primaria y que ocupen el lugar que les corresponde en la atención a la salud de la población.

Bibliografía

1. SemFYC. Perfil del médico de familia. Documentos Técnicos de la Sociedad Española de Medicina de Familia y Comunitaria.

2. WONCA-OMS. Haciendo el ejercicio médico y la formación médica más adecuados a las necesidades de la población. La contribución del médico de familia. Rev Comunidad 1. semFYC PACAP.
3. World Health Organisation. The Ottawa charter: principles for health promotion. Copenhagen: WHO Regional Office for Europe, 1986.
4. Declaración de Yakarta sobre la Promoción de Salud en el siglo XXI. En: Comunidad. Publicación periódica del Programa de Actividades Comunitarias en Atención Primaria, n.º 0. Madrid: semFYC, 1997.
5. Comunidad. Publicación periódica del Programa de Actividades Comunitarias en Atención Primaria, n.º 0, 1 y 2. semFYC (www.semfy.com).
6. Folleto informativo del Programa de Actividades Comunitarias en Atención Primaria (PACAP). semFYC, 1996.
7. Soler M. Medicina familiar y ¿comunitaria? Aten Primaria 1997; 20:527-9.
8. Turabian JL. Participación comunitaria en APS: ¿amigo o enemigo? Aten Primaria 1991;8:147-8.
9. Regato P. Concepto, modelos y aspectos controvertidos en la promoción de salud. Dimensión Humana 1998;2:29-34.
10. Pacheco Sarabia R. Reflexiones en AP o por qué se perdió la calle. FMC 1998;58:552.
11. Turabian JL. Modelos de participación comunitaria... el mito del consumidor. Aten primaria 1998;21:321-4.
12. Turabian JL, Pérez Franco B. ¿Cuál es el sentido de la educación para la salud y las actividades comunitarias en atención primaria? Aten Primaria 1998;22:662-6.
13. Turabian JL. Participación comunitaria y salud: manteniendo el sentido de la proporción. Aten Primaria 1993;11:48-51.
14. Turabian JL. Conflicto entre la atención individual y la comunitaria: ¿los árboles nos impiden ver el bosque? Aten Primaria 1993;11:161-2.
15. Irigoyen J. La participación comunitaria en salud: una reformulación necesaria. En: Nuevas perspectivas en atención primaria de salud. Madrid: Díaz de Santos,
16. Iñiguez Rueda R. Investigación y evaluación cualitativa: bases teóricas y conceptuales. Aten Primaria 1999;23:496-502.
17. Sánchez-Candamio M. Evaluación de programas de salud desde la perspectiva de la metodología cualitativa. Aten Primaria 1999; 24:487-91.
18. Bidagor J. De la evaluación y efectividad en promoción de salud. Intervenciones educativas en el ámbito sanitario. Dimensión Humana 1998;2:45-50.
19. Astray JL. Papel de los profesionales sanitarios en la intervención/participación. Centro de Salud 1998;664-6.
20. Sevilla E, Martínez T, Reyes C. Grupos de educación maternal. FMC 1999; 6:370-9.
21. Peiró R, Colomer C, Puig J. La opinión de las mujeres sobre su salud: un estudio cualitativo. Aten Primaria 1999;24:12-8.
22. López Fernández LA. Evaluación de las necesidades desde el centro de salud. Enfoques y experiencias en la práctica; desarrollo actual y limitaciones. Y Aranda JM. Aspectos metodológicos en relación con la evaluación de necesidades de salud. Evaluación de necesidades en salud. Mesa redonda XIX congreso semFYC. Aten Primaria 1999;24(Supl 2).
23. Cordova MD, Cucco M. Investigación social e intervención comunitaria. Centro Marie Langer. Madrid, 1999.
24. OMS Participación de la comunidad en el desarrollo de su salud: un desafío para los servicios de salud. OMS, serie Informes Técnicos 809.

REFLEXIONES EN MEDICINA DE FAMILIA

Medir la morbilidad en atención primaria

Actualización de datos

Referente al artículo titulado «Medir la morbilidad en atención primaria» publicado en el volumen 28, número 9, páginas 602-607, correspondiente a 30 de noviembre la dirección electrónica de la ICPC-2-E que consta es la del artículo publicado en *Family Practice*:

<http://www.fampra.oupjournals.org/content/vol17/issue6/>

Si se quiere descargar, también en inglés, puede hacerse de la siguiente:

<http://www.ulb.ac.be/esp/wicc/down.html>